

資料

石川県北部における在宅終末期医療に関する医師の意識調査

田村幸恵¹ 浅見 洋¹ 水島ゆかり² 三輪早苗¹

概要

石川県北部（河北郡より以北）で医療に従事する医師を対象にして、在宅終末期医療や死生観に関する意識を明らかにすることを目的に質問紙調査を行った。調査の結果、石川県北部の医師は、在宅終末期医療に比較的積極的な考えを持ち、また在宅支援における看護・介護の重要性を認識していることが推測された。在宅療養の実現を阻害する要因としては、介護する家族の不在や家族への介護負担、緊急時の対応への不安などをあげていた。一方、在宅療養を実現可能にするものとして家族の理解と協力を必須条件に上げているが、石川県北部の高齢化・人口の減少・共働き率などの地域性を踏まえると、家族の協力を得ることは難しいことが推測された。

これらの結果から、この地域において在宅終末期医療を促進していくには、家族だけでは頼らない体制作りを考える必要がある。それには、緊急時・在宅療養の継続困難時に対応できる施設の充実、在宅医療と病院・介護サービスの連携体制が重要であると考えられた。

キーワード 在宅終末期医療, 死生観, 医師の意識, 在宅死

1. はじめに

2001年にライフデザイン研究所が全国の40～69歳の男女990名に実施した「終末期医療に関する意識調査」では、“実現できるかはともかく、自宅で終末期を迎えたい”という人が、78.9%と約8割に達するという結果を得ている¹⁾。また、2004年に一般国民、医師、看護職員、介護施設職員13,794名を対象に厚生労働省が行った「終末期医療に関する調査」でも、終末期を自宅等（医療機関以外の場所）で送ることを希望する一般国民は、約6割という結果を得ている²⁾。しかし、2005年の人口動態統計調査では、国民の全死亡者数のうち、約8割が医療機関での死亡であった³⁾。つまり、人々は自宅等での終末期療養を望みながらも、多くの人が病院で最期を迎えているのが現実と言える。

近年の医療費高騰においても、入院医療費の多くが終末期医療に費やされており、医療費削減対策の面からも在宅終末期医療は早急に整えるべき課題となっている。

これらの背景を受け、2005年、厚生労働省は第17回社会保障審議会医療部会において中長期の医療費適正化効果を目指す方策として「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供により、自宅死等での死亡割合を4割に引き上げること」を

具体的な指針の一つとして打ち出した。この指針の中には、在宅医療提供体制の充実（往診・訪問診療できる医師の確保・訪問看護サービスの普及等）や地域の高齢者の居住の場の整備等の推進が提言されている⁴⁾。2006年4月には、これらの具体的な施策の1つとして「在宅療養支援診療所」が設置された。

在宅終末期医療に関する研究は、一般住民の意識・要望、医療従事者間の連携、病院看護師の役割など様々な視点から、その在り方を考察するものが多くある。しかし医師を対象にした研究は、前述した厚生労働省の調査²⁾の他に、出羽ら⁵⁾が市民と医師の「望ましい死」に関する意識の違いを報告している程度で、数は少ない。また、在宅における看取りは様々であり、それぞれの患者や家族の死生観を尊重したサポートをするためには、医療従事者の死生観も重要なことだと考える。

そこで本研究では、在宅療養をサポートする医療従事者の1人である医師に焦点をあて、医師自身の死生観と在宅療養に対する考えについて調査を行ったので報告する。

2. 石川県北部（河北郡より以北）の概要

本研究における石川県北部とは、珠洲市、輪島市、能登町、穴水町、志賀町、七尾市、中能登町、羽咋市、宝達志水町、かほく市、内灘町、津幡町の5市7町が含まれている。

¹ 石川県立看護大学

² 元石川県立看護大学助教

2. 1 人口統計

人口は、平成 17 年 10 月 1 日現在で 325,042 人（石川県 1,174,026 人）、人口増加率は、かほく市と津幡町がそれぞれ 0.08%、0.70%と増加の値を示しているが、その他の市町はマイナスの増加率で、特に珠洲市、能登町など奥能登地域の減少が非常に大きい。高齢化率は内灘町が最も低く 12.2%、最も高いのは珠洲市の 36.5%で平均は 25.9%（全国 20.9%）、奥能登に向かうに従い高齢者人口が多い傾向にある。総死亡数は 3,691 人（県内 10,376 人）、その内自宅死の割合が 11.5%（石川県 10.8%）で、七尾市、かほく市、内灘町以外の 3 市 6 町すべてが石川県の自宅死割合を上回っている。

2. 2 地域の社会資源

在宅療養に関わる医療福祉機関としては、病院 25 カ所、診療所 208 カ所、その数は七尾市（8 カ所・47 カ所）に集中している。この内、在宅支援診療所は 19 カ所（内 13 カ所が羽咋市）である。訪問看護事業所は 26 カ所、訪問介護事業所が 44 カ所、居宅介護支援事業所 71 カ所、地域包括支援センター 27 カ所、特別養護老人ホーム 27 カ所、介護老人保健施設が 12 カ所ある。

3. 調査方法

3. 1 調査対象

調査対象は、石川県北部（河北郡より以北）にある医療機関の医師で、医師会名簿から総合病院・歯科・眼科・美容形成系の診療所を除いた医療機関に勤務する医師のうち施設長にあたる者 171 名とした。

3. 2 調査票の構成

調査票は、山崎ら⁶⁾と千葉ら⁷⁾が行った先行研究に基づいて作成したものであり、対象者の概要、死についての考え、在宅終末期医療に関する考えの 3 要素から構成した。

(1) 対象者の概要

年齢、性別、介護経験の有無、同居家族の死別体験の有無、勤務する病院の背景（病床の有無、在宅療養支援診療所申請の有無）

(2) 死についての考え

①死について考える頻度：「よく考える」「時々考える」「どちらとも言えない」「あまり考えない」「考えることがない」「考えないようにしている」の 6 件法で尋ねた。

②死への不安や恐れ：「感じる」「やや感じる」「どちらとも言えない」「あまり感じない」「感じない」の 5 件法で尋ねた。

③理想的な死：理想的な死として 8 項目の『死』を設定し、それぞれの項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「ややそう思う」「そう思わない」の 5 件法で尋ねた。

(3) 在宅終末期医療に関する考え

①自分が最期まで療養したい場所：自分自身が治る見込みのない病気で死期が迫っている場合を想定し、自分が最期まで療養したい場所について「自宅」「病院」「施設」「わからない」「その他」から選択してもらった。

②自宅以最期まで療養したい理由〔重複回答〕：①の質問で「自宅」と答えた者に対して、その理由を設定した 6 項目から重複回答で選択してもらった。

③家族を最期まで療養させたい場所：家族が治る見込みのない病気で死期が迫っている場合を想定し、家族を最期まで療養させたい場所について「自宅」「病院」「施設」「わからない」「その他」から選択してもらった。

④自宅以最期を迎えることの実現の可能性：自分や家族が望めば、自宅以最期を迎えることは実現可能かといことについて「可能」「どちらかといえば可能」「どちらとも言えない」「どちらかといえば不可能」「不可能」の 5 件法で尋ねた。

⑤最期まで自宅で療養することが不可能な理由〔重複回答〕：④の質問で「どちらとも言えない」「どちらかといえば不可能」「不可能」と答えた者に対し、その理由を設定した 9 項目から重複回答で選択してもらった。

⑥最期まで自宅で療養することを可能にする条件：自宅以最期を迎える条件として 9 項目の「条件」を設定し、それぞれの項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「ややそう思わない」「そう思わない」の 5 件法で尋ねた。

3. 3 データ収集と分析方法

2007 年 7 月に郵送法で実施した。データ分析には、SPSS V13.0 を使用し、まず、調査項目ごとに単純集計を行った。また、死についての考えの 3 項目〔死について考える頻度、死への不安や恐れ、理想的な死〕と、在宅終末期医療に関する考えの 4 項目〔自分・家族が最期まで療養したい場所、自宅以最期を迎えることの実現の可

能性、最期まで自宅で療養することを可能にする条件]については、それぞれ対象者の年代(5群に分類)、介護経験の有無(有無の2群分類)、同居家族の死別体験の有無(有無の2群分類)との間で χ^2 検定を行い、いずれも有意水準5%未満を有意差ありとした。

4. 倫理的配慮

対象者には、本研究の趣旨、個人が特定されないように配慮を行うこと、研究以外の目的には使用しないことの文書を調査用紙に同封し、同意を得られた場合にのみ無記名にて回答・返送してもらうこととした。

5. 調査結果

調査に回答が得られたのは77名(回収率45.0%)であり、その内記載漏れのない75名を有効回答数とした。

5.1 対象者の概要

対象者の性別は、男性73名(97.3%)、女性2名(2.7%)、年齢は40歳未満3名(4.0%)、40歳代15名(20.0%)、50歳代23名(30.7%)、60歳代17名(22.7%)、70歳以上17名(22.7%)で、平均59.0±12.5歳であった。私生活において介護経験がある者は30名(40.0%)であり、介護経験がある者の約6割が60、70歳代であった。また、同居家族の死別体験がある者は54名(72.0%)で、そのうちの5割が60、70歳代であった。(表1)

		n=75
		n(%)
年齢	40歳未満	3(4.0)
	40歳代	15(20.0)
	50歳代	23(30.7)
	60歳代	17(22.7)
	70歳以上	17(22.7)
性別	男性	73(97.3)
	女性	2(2.7)
介護経験の有無	ある	30(40.0)
	ない	45(60.0)
同居家族の死の経験の有無	ある	54(72.0)
	ない	21(28.0)

対象者が勤務する病院の背景として、病床があるのは18カ所(24.0%)、在宅療養支援診療所の申請をしている病院は14カ所(18.7%)であった。

(表2)

		n=75
		n(%)
病床の有無	ある	18(24.0)
	ない	57(76.0)
在宅療養支援診療所の申請	申請あり	14(18.7)
	申請なし	61(81.3)

5.2 死についての考え

(1) 死について考える頻度

死について考える頻度について「よく考える」または「時々考える」と答えた者は56名(74.7%)であった。(表3) また、死について「よく考える」「時々考える」と答えた者を「考える」群、「どちらともいえない」「あまり考えない」と答えた者を「考えない」群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

		n=75
		n(%)
よく考える	18(24.0)	
時々考える	38(50.7)	
どちらともいえない	6(8.0)	
あまり考えない	10(13.3)	
考えることがない	1(1.3)	
考えないようにしている	2(2.7)	

(2) 死への不安や恐れ

死への不安や恐れについて「感じる」「やや感じる」と答えた者は35名(45.5%)であった。(表4) また死への不安や恐れを「感じる」「やや感じる」と答えた者を「感じる」群、それ以外の者を「感じない」群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

		n=75
		n(%)
感じる	14(18.7)	
やや感じる	21(28.0)	
どちらともいえない	16(21.3)	
あまり感じない	18(24.0)	
感じない	6(8.0)	

(3) 理想的な死について

対象者が望む理想的な死について「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答が多かった項目は、「周囲に迷惑をかけない死」68名(89.5%), 「苦痛・恐怖の少ない死」65名(85.5%), 「長い闘病生活のない死」64名(84.2%), 「それまでに人生に悔いのない死」64名(84.2%)であった。

(図1) また、理想的な死として「とてもそう思う」「ややそう思う」と答えた者を「思う」群, それ以外の者を「思わない」群の2群に分けて χ^2 検定を行ったところ, 年代と「お金のかけない死」において有意な差が認められた。(p=0.011)

(表5)

表5 年齢区分における「お金のかけない死」の2群比較

	「思う」群(n=43)	「思わない」群(n=32)
40歳未満	1(2.3%)	2(6.3%)
40歳代	4(9.3%)	11(34.4%)
50歳代	13(30.2%)	10(31.3%)
60歳代	10(23.3%)	7(21.9%)
70歳以上	15(34.9%)	2(6.3%)

p<0.05

5.3 在宅終末期医療についての考え

(1) 最期まで療養したい場所とその理由

自分が最期まで療養したい場所は「自宅」38名

(50.7%), 「病院」11名(14.7%), 「施設」4名(5.3%), 「わからない」19名(25.3%)であった。(表6) また、「自宅」と答えた者と「自宅以外」と答えた者を2群に分け χ^2 検定を行ったが, 年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

表6 自分が最期まで療養したい場所
家族を最期まで療養させたい場所 n=75

		n(%)
本人	自宅	38(50.7)
	病院	11(14.7)
	施設	4(5.3)
	わからない	19(25.3)
	その他	3(4.0)
家族	自宅	28(37.3)
	病院	20(26.7)
	施設	4(5.3)
	わからない	18(24.0)
	その他	5(6.7)

さらに「自宅」と答えた38名にその理由を重複回答で尋ねたところ「最期まで好きなように過ごしたいから」23名(60.5%), 「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」18名(47.4%), 「家族との時間を多くしたいから」18名(47.4%)の順に多かった。(表7)

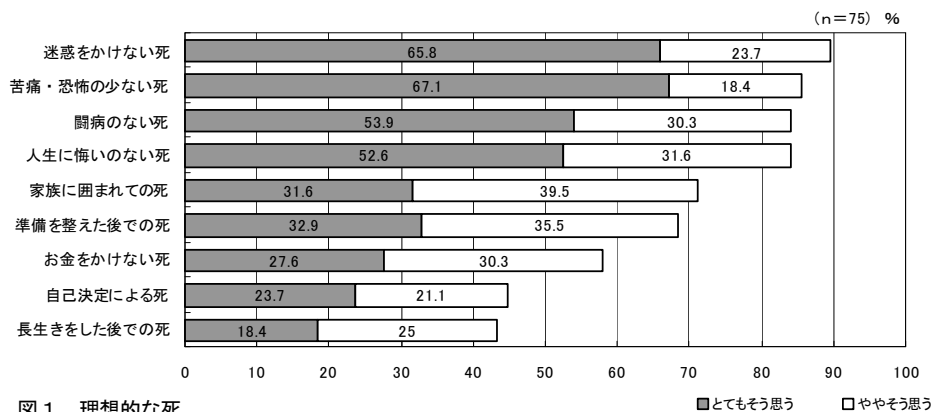


表7 自宅で最期まで療養したい理由 (重複回答) n=38

	n(%)
最期まで好きなように過ごしたいから	23(60.5)
住み慣れた場所で最期を迎えたいから	18(47.4)
家族との時間を多くしたいから	18(47.4)
家族に看取られて最期を迎えたいから	12(31.6)
病院では自分の望むように最期を迎えられないから	7(18.4)
家族や知人が自宅で最期を迎えていたから	5(13.2)

家族が最期まで療養したい場所については「自宅」28名(37.3%)、「病院」20名(26.7%)、「施設」4名(5.3%)、「わからない」23名(24.0%)であった。(表6)

(2) 自宅で最期を迎えることの実現の可能性

自分や家族が望めば、自宅で最期を迎えることは実現可能だと思うかとの問いに対しては、「可能」24名(32.0%)、「どちらかといえば可能」22名(29.4%)、「どちらとも言えない」13名(17.3%)、「どちらかといえば不可能」13名(17.3%)、「不可能」3名(4.0%)であった。(表8) また、在宅死を実現「可能」「どちらかといえば可能」を「可能」群、その他を「不可能」群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

さらに「どちらとも言えない」「どちらかという」と「不可能」「不可能」に回答した29名に、その理

由を重複回答で尋ねたところ「介護してくれる家族がないから」15名(51.7%)、「緊急時に家族に迷惑をかけるから」13名(44.8%)が多かった。

(表9)

(3) 自宅で最期を迎えるための条件

自宅で最期を迎える条件について「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答が多かった項目は、「家族の理解と協力」71名(93.5%)、「訪問看護・介護体制の整備」65名(85.6%)、「本人の強い意志」61名(80.2%)であった。中でも「家族の理解と協力」においては「そう思う」だけで80%を占めていた。(図2) また、自宅で最期を迎える条件として「とてもそう思う」「ややそう思う」と答えた者を「思う」群、それ以外の者を「思わない」群の2群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

表8 自宅で最期を迎えることの実現の可能性 n=75

	n(%)
可能	24(32.0)
どちらかというとも可能	22(29.4)
どちらとも言えない	13(17.3)
どちらかというとも不可能	13(17.3)
不可能	3(4.0)

表9 最期まで自宅で療養することが不可能な理由 (重複回答) n=29

	n(%)
介護してくれる家族がないから	15(51.7)
緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから	13(44.8)
自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから	7(24.1)
24時間相談にのってくれる機関がないから	7(24.1)
訪問看護や訪問介護体制が整っていないから	6(20.7)
自宅で最期を迎えるのは一般的ではないから	4(13.8)
往診してくれる医師がないから	4(13.8)
経済的負担が大きいから	1(3.4)
その他	4(13.8)

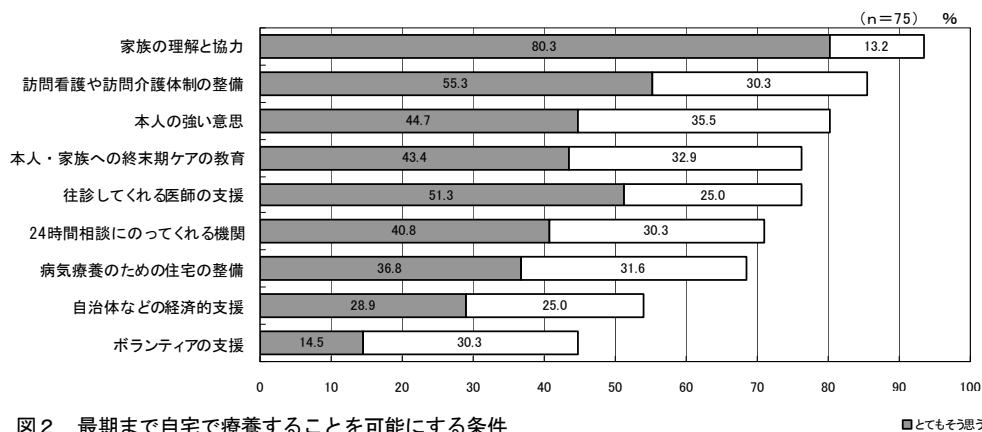


図2 最期まで自宅で療養することを可能にする条件

■とてもそう思う □ややそう思う

6. 考察

6. 1 死についての考え

死について考える頻度に関して、「よく考える」「時々考える」と回答した者は8割に満たなかった。対象者が医療従事者であることを考えると、この割合は決して高いとは言えない。しかし、山崎らが一般市民を対象に行った研究結果⁶⁾では、同じ質問に対し「よく考える」「時々考える」と答えたものは67%であり、それと比較すれば高い傾向ではあった。また、死への不安や恐れ程度に関しても同じ山崎らの研究における一般市民より高いという同様の傾向が見られた。死を考える頻度および不安や恐れ程度ともに年代との関連はなく、さらに介護経験や同居家族との死別体験の有無でも関連が見られなかったことから、医師は加齢と共に死を意識したり、個人的な経験によって死を意識しているのではないことが示唆された。これらの結果から、医師は個人の状況よりも、患者の様々な死を看取るという経験が自分の死について意識する要因となっていると推測する。

6. 2 理想的な死について

石川県北部の医療に従事する医師にとっての理想的な死とは「周囲に迷惑をかけない死」「苦痛・恐怖の少ない死」「長い闘病生活のない死」といった自己や他者にとって身体的にも精神的にも負担とならない、おだやかな死であった。これは、山崎らが一般市民に対し行った先行研究⁶⁾と同様の結果となった。

「理想的な死」や「良い最期」についての考え方は、役割や立場によって異なるとも言える。本調査は、医師の立場としてではなく、1人称の死と捉えての問いであったため、一般市民を対象とした先行研究との一致があったものと考えられる。

6. 3 最期まで療養したい場所とその実現の可能性

最期まで療養したい場所として「自宅」を選択した対象は5割であった。厚生労働省が2004年に行った「終末期医療のあり方に関する調査」²⁾では、一般市民の最期を過ごしたい場所が、病院(38%)、老人ホーム(25%)、自宅(23%)だったことに比べ、医師は自宅が49%と5割を占め、続いて長期療養型施設(23%)と、医師のほうが自宅思考が高いことを示していた。この結果を踏まえると、本調査においての医師が「自宅」を希望する割合も高いと言える。

また、自宅で最期を迎える実現の可能性については、約6割の対象が「可能」「どちらかと言えば可能」と回答し、介護経験の有無との関連は見られなかった。小谷が40~69歳までの一般市民を対象に行った調査⁸⁾では、死期が近い場合自宅で過ごしたいと考える人は多いが、過半数は実現不可能だと思っていると報告している。また、医師を対象にしたものでは、厚生労働省の「終末期医療のあり方に関する調査」²⁾があり、そこで在宅死が実現可能と回答した医師は、約30%と本調査と比較するとかなり低い結果となっている。これは、厚生労働省の調査対象が、地域医療に携わる機会が少ない病院医師が多数含まれていることが要因と考えられる。

つまり、本調査の対象者の5割が最期を自宅で過ごすことを希望し、そして介護経験の有無に関わらず6割もが実現可能だとしている理由は、対象者が石川県北部の地域医療を担う医師であり、在宅療養支援に関する知識や経験を持ち合わせているということが一要因として挙げられる。

6. 4 最期まで自宅で療養したい理由

最期まで在宅療養を希望する理由である「最期まで好きなように過ごしたいから」「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」「家族との時間を多くしたいから」は、順位は異なるが「終末期医療のあり方に関する調査」²⁾における一般国民や医療従事者の結果と一致したものだ。本調査の医師も、日常生活に近い状況で安心して過ごせる最期を望んでいると言える。

6. 5 最期まで自宅で療養することが不可能な理由

最期まで在宅療養することが不可能である理由は「介護してくれる家族がない」「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれない」が多かった。「介護してくれる家族がない」という回答は、現代の家族構成を象徴するものであろう。現代の世帯構成は核家族化が進んでいる。石川県北部においても例外ではなく、人口の減少と高齢化が進むにつれ、65歳以上の独居世帯が増加している傾向にある。石川県の65歳以上の高齢単身者世帯割合が7.1%であることと比較すると、珠洲市14.3%、輪島市13.8%、穴水町13.3%、能登町12.8%と奥能登地区の高齢者独居世帯が非常に多い¹²⁾。また、石川県は、核家族世帯・親との同居世帯に関わらず共働き率が高い⁹⁾。「介護してくれる家族が

いない」のは、独居世帯という理由のみではなく、共働き率など、地域ならではの生活背景も影響しているのではないかと考える。このような地域性を踏まえると、この地域における在宅療養の難しさが推測できる。今後、在宅終末期医療を進めていくためには、家族にのみ頼らない体制作りも1つの課題だと考える。

6. 6 最期まで自宅で療養することを可能にする条件

最期まで在宅療養を可能とする条件として、「家族の理解と協力」「訪問看護・介護体制の整備」、「本人の強い意志」の順に多かった。特に「家族の理解と協力」に対し8割の医師が「そう思う」と回答し、在宅療養の必須条件と捉えていた。服部ら¹⁰⁾は、家族の介護に依存するところが大きい高齢者の在宅終末期医療の現場では介護者である家族の意向が最も大きな影響力を持つことを報告している。水川¹¹⁾の研究でも、高齢者の終末期医療は生命の問題だけではなく認知機能や日常生活動作の低下などにより、生活自体が家族に大きく依存することを述べている。本調査の対象者である医師も、経験的な知識から、在宅療養、特に高齢者においては家族の協力が不可欠であることを十分理解しているものと考えられる。

また、山崎らが一般市民を対象に行った先行研究⁶⁾で、同じ質問において最も多かった回答は、本調査と同じ「家族の理解と協力」であった。しかし、次に続くのは「往診医の支援」であり、「訪問看護の支援」や「介護支援」よりもかなり高い割合であった。これは、一般市民にとっての医師の存在の重要性が推測できる結果である。しかし、本調査の専門職である医師は、医師よりも看護・介護の重要性を示していることに注目したい。これは、医師が家族に掛かる介護負担を知っており、そこに介入すべき看護・介護の役割を理解したうえで、その重要性を支持している結果と考える。

7. まとめ

石川県北部の医療に携わる医師を対象者として、医師の死生観と在宅終末期医療に対する考えについて調査をし、以下のことが明らかとなった。

1. 対象者の約8割は自分の死について考えており、それは、年齢や同居家族の死別体験よりも、医師としての患者の看取りの経験が影響しているのではないかと考えられた。また、理想的な死とは、自己や他者（家族）にとって身体的に

も精神的にも負担とならない、おだやかな死であることだと捉えていた。

2. 対象者の5割が、最期まで過ごしたい場所として「自宅」を選択し、さらに、その実現が「可能」または「どちらかと言えば可能」と考える対象者は6割にも達し、在宅死への積極性がうかがわれた。対象者が「可能」と考える背景には、医師という職業柄、在宅療養支援に関する知識と経験が影響していると考えられた。
3. 最期まで自宅で療養することを阻害する原因としては、介護する家族の不在や家族への介護負担が上げられた。この背景には、近年の家族構成の変化、特に石川県における地域的特徴が影響していることが推測され、在宅終末期医療を考える上で考慮すべき点であると考えられた。
4. 最期まで自宅で療養することを可能にする条件としては、家族の理解と協力が必須条件と考えていた。また、医師は医師の往診支援よりも看護・介護体制の整備が必要と捉えていた。それは、医師としての経験から、在宅療養での家族支援の必要性や負担の大きさについて理解し、看護・介護の役割の重要性を認識しているためと考えられた。

石川県北部の医師は、在宅終末期医療に対し比較的積極的な意見を持っており、さらに在宅療養支援への看護・介護の重要性を認識していた。しかし、石川県北部の医師が考える「在宅終末期医療を阻害する原因・可能にする条件」と、「人口減少地域・高齢化地域・共働き率」などの地域特性を踏まえると、この地域における在宅療養の難しさが推測された。在宅療養を推進していくためには、どんな地域であろうとも、家族の視点で、家族が安心して在宅療養を行える体制作りが必要である。しかし、特に石川県北部という高齢化・人口減少化地域においては、家族だけに頼らない体制を考える必要があると考える。それには、家族不在時・緊急時・在宅療養の継続困難時などに対応可能な施設の充実、在宅医療・病院・介護サービスの密な連携体制が挙げられる。

本報告は科学研究費補助金基盤研究(B) 1920015「人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究」(研究代表者：浅見洋)の成果報告の一部である

引用文献

- 1) ライフデザイン研究所: 終末期医療に関する意識調査. LDI REPORT, 3: 15, 2002.
- 2) 厚生労働省医政局: 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について. 2004.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成 17 年人口動態統計上巻. 厚生統計協会, 東京都, 144-145, 2007.
- 4) 第 17 回社会保障審議会医療保険部会: 資料 1「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」. 2006.
- 5) 出羽明子, 鈴木雅夫, 他 2 名: がん終末期患者の「望ましい死」に関する意識調査—福島市民と医師の比較—. 緩和医療学, 8(2), 65-71, 2006.
- 6) 山崎祐二, 千葉京子: 三鷹市民および武蔵野市民の終末期医療・在宅ターミナルケアに関する意識調査 (その 1) 同居者と死別経験の実態, 死に対する認識, 終末期医療に対する認識について. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 13, 125-143, 2000.
- 7) 千葉京子, 山崎祐二: 三鷹市民および武蔵野市民の終末期医療・在宅ターミナルケアに関する意識調査 (その 2) 住居別・同居別の集計結果. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 14, 133-145, 2001.
- 8) 小谷みどり: 在宅ホスピスを躊躇される要件—終末期に関する意識調査より. ホスピスケアと在宅ケア, 11, 314-317, 2003.
- 9) 福井県産業労働部政策推進グループ: 平成 19 年度「ふくい産業活力創造新戦略」報告書. 参考資料, http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/sanroubu/19senryaku_d/fil/007.pdf.
- 10) 服部文子, 他 5 名: 訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする要因の検討. 日本老年医学会雑誌, 38(3), 399-404, 2001.
- 11) 水島真二郎: 患者, 家族および医療従事者に対する「高齢者の終末期医療」についての意識調査. 日本老年医学会雑誌, 45(1), 50-58, 2008.
- 12) 総務省・統計局・政策統括官・統計研修所: 平成 17 年度 国税調査. <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

(受付: 2008 年 10 月 14 日, 受理: 2009 年 2 月 16 日)

Survey of physicians' attitudes regarding end-of-life home care in northern Ishikawa Prefecture

Yukie TAMURA, Hiroshi ASAMI, Yukari MIZUSIMA, Sanae MIWA

Abstract

The aim of this study was to elucidate the attitudes of physicians engaged in medical care in northern Ishikawa Prefecture (from the district of Kahoku-gun northwards) to end-of-life home care and life-and-death issues. The results suggest that physicians in northern Ishikawa Prefecture hold relatively positive opinions on end-of-life home care, and also recognize the importance of nursing and care in home support. The factors described as preventing the realization of home care included the lack of family members to act as caregivers, the burden of care placed on the family and anxiety regarding response in an emergency. On the other hand, the understanding and cooperation of the family were considered as prerequisites for facilitating home care. However, based on the regional characteristics of northern Ishikawa Prefecture, such as the aging and shrinking population, and the ratio of two-job families, obtaining the cooperation of the family is likely to be difficult and a challenge.

These findings suggest that to promote end-of-life home care in this region, it is necessary to create a system that does not rely solely on the family. To this end, it is important to improve facilities to enable a response in an emergency or when the continuation of home care becomes difficult and to provide a coordinated system of home healthcare, hospitals, and nursing services.

Keywords end-of-life home care, life-and-death issues, attitudes of physicians, dying at home